Li

Lane Medical Library

Ein Fall

von

hämorrhagischer Pericarditis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

der hohen medicinischen Fakultät

der

k. b. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Obermedizinalrat, Geheimrat, Professor Dr. von Ziemssen

vorgelegt von

Dr. med. André Rempe
aus Paderborn, Westphalen.

München.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.
1892.

Ein Fall

von

hämorrhagischer Pericarditis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

der hohen medicinischen Fakultät

der

k. b. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Obermedizinalrat, Geheimrat, Professor Dr. von Ziemssen

vorgelegt von

Dr. med. André Rempe
aus Paderborn, Westphalen.

München.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.
1892.

Seinem teuren Onkel,

dem Herrn Director a. D.

André Vüllers

in

Liebe und Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn schon die Litteratur über die Entzündung der serösen Häute des Herzens eine ziemlich reichhaltige ist und in jedem Lehrbuch der internen Medicin diesem Gebiete eine mehr oder minder grosse Sorgfalt gewidmet wird, so möge mir doch gestattet sein, den Gegenstand in einer Dissertation zu beleuchten, um so mehr, als in hiesiger Klinik mehrere recht interessante Fälle von Pericarditiden vorgekommen sind, und zwar ein beachtenswerter in letzter Zeit unter meiner Beobachtung.

Es sei mir erlaubt, zuerst eine klinische Bearbeitung dieser Aufgabe zu geben, dann zur Mitteilung des erwähnten Falles überzugehen und schliesslich noch einige andere Beobachtungen aus dem hiesigen Krankenhause anzureihen.

Es gibt wohl wenige Prozesse, die bezüglich ihrer systematischen Classification so vielen Schwierigkeiten begegnen, als die Entzündungen des Pericardiums, namentlich jetzt bei der Interferenz pathologisch-anatomischer, klinischer und ätiologischer Einteilungsprîncipien; diese lassen sich am Krankenbett schwer und in den seltensten Fällen ganz zur Geltung bringen, da sie nicht von einem einheitlichen Gesichtspunkte ausgehen.

Betrachtet man die üblichen Classificationsprincipien der Pericarditiden auf ihre Einteilung in acute, subacute

und chronische, in eine circumscripte und diffuse, in eine maligne und benigne, so ist die Mangelhaftigkeit der Principien eine sofort in das Auge springende, da die erstere in die letztere übergehen kann, da eine pericarditische Form leichteren Grades, welche in einem anderen Falle leicht überstanden wird, bei schwächlichen Individuen, bei Reconvalescenten unter Symptomen der Herzschwäche rasch zum Tode führen kann.

Auch die Classificierung in eine primäre und secundäre Pericarditis bietet manche Schwierigkeiten, wenn eine Zahl von Autoren die Existenz ersterer überhaupt leugnet oder doch in Frage stellt.

v. Ziemssen[1]) und Zenker machten in neuerer Zeit aufmerksam auf den Zusammenhang der s. g. idiopathischen Herzbeutelentzündung mit eiterigen Prozessen im hinteren Mediastinum, insbesondere mit Oesophagusperforationen.

Eternod[2]) dann wies auf den Zusammenhang mit verkästen Bronchialdrüsen hin: Er fand in 101 Fällen von Erkrankung der Bronchialdrüsen 18 mal frische oder abgelaufene Pericarditis. Strümpell hält es nicht für unmöglich, dass einzelne seltene Fälle von scheinbarer primärer acuter Pericarditis in ätiologischer Hinsicht auch zum Gelenkrheumatismus gehören d. h. von demselben Krankheitserreger hervorgerufen werden, welcher ausnahmsweise allein das Pericardium befallen kann ohne gleichzeitige Mitbeteiligung der Gelenke. Diese Ansicht wartet noch des Entscheides, welcher freilich erst bei genauerer Kenntnis der rheumatischen Noxe gegeben werden kann.

Secundär finden wir weiter die Herzbeutelentzündung

[1]) v. Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie VII Tageblatt der Naturforscher Versammlung 1879.

[2]) Recherches sur les affections des Ganglions trachéobronchiques. Paris und Genf 1879.

als Teilerscheinung des acuten Gelenkrheumatismus oder im Gefolge von ihm, aller septischen Prozesse, dann im Anschluss an Scharlach, Masern, Diphtherie, Typhus und Influenza. Auch chronische Nephritiden, Erkrankungen der Pleura, sei es auf tuberculöser, sei es auf pneumonischer Basis, können zu Herzbeutelentzündungen disponieren.

Wie man sich das Zustandekommen der Secundärinfektion zu denken hat, ist freilich in manchen Fällen noch eine offene Frage. So kann bei pyämischen, von localen Veränderungen auftretenden Zuständen, bei denen der Streptococcus pyogenes aureus oder der Staphylococcus oder irgend ein anderer pathogener Microorganismus die Ursache der Einwirkung ist, durch eine Bacterienembolie sich eine Pericarditis entwickeln, oder bei Allgemeinerkrankungen, wie acuter Gelenkrheumatismus, kann sich die im Blute circulierende rheumatische Noxe direct am Pericard lokalisieren, oder es könnte eine überstandene Infektionskrankheit das Pericard zu einem locus minoris resistentiae machen und zu einer einfachen oder Mischinfektion disponieren.

Hat doch Senger[1]) Pneumoniecoccen bei der die Lungenentzündung complicierenden Pericarditis nachgewiesen.

Eine andere Einteilung der Herzbeutelentzündung nach dem anatomischen Befunde ist am ehesten durchführbar und zweckmässig, da sie auch dem Bedürfnisse des Praktikers Rechnung trägt: Denn durch die physicalische Untersuchung, eventuell durch die Probepunktion, kann der Kliniker jederzeit sich von der Beschaffenheit des Inhalts des Herzbeutels überzeugen.

Was die Art der entzündlichen Veränderungen betrifft,

[1]) Senger: „Bacteriologische Untersuchungen über die Pneunomie und pneunomische Metastasen.“ Arch. f. experim. Pathol. 1885.

so können die angegebenen Momente die rein serösen, serofibrinösen, hämorrhagischen oder purulenten Formen von Entzündungen bedingen. Die beiden ersteren mit reichlich flüssigem Exsudat sind die häufigsten Krankheitsbilder des Pericards, wie sie im Anschluss an Gelenkrheumatismus, Myodegenerationen, Herzklappenfehler u. s. w. auftreten. Eternod fand in 13 Fällen 11 rein seröse, 2 hämorrhagische Exsudate. Auch die Grösse der Exsudate ist sehr verschieden. Nach Vaillard sind die serösen, wenn sie auftreten, sehr bedeutend. In selteneren Fällen beobachtet man, dass das sero-fibrinöse Exsudat bald in ein hämorrhagisches übergeht. Ich glaube wohl annehmen zu dürfen, dass das Auftreten letzteres der Ausdruck der Stärke und Acuität der localen Entzündung oder constitutionellen Schwäche ist (potatorium, haemophilie!). Im ersteren Falle könnte man sich wohl eine Zerreissung der rasch vascularisirten Bindegewebszotten vorstellen, im letzteren möchte ich mehr eine Blutung in Folge Alteration der Gefässe, eine Blutung per Diapedese annehmen. Die hämorrhagische Form von Herzbeutelentzündung soll nach einigen Autoren gerade für die tuberculöse Basis der Entzündung von diagnostischem Interesse sein. Bei letzterer finden wir auch nach Henoch und Vaillard die ausgedehntesten Obliterationen des Herzbeutels. Bestätigt wurde dieser Befund in einem von Vierordt veröffentlichten, wie jüngst durch zwei von Dr. Weinberg aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a/M. berichteten Fällen.

Nach Ablauf der ersten Entzündung bedecken beide Btätter sich mit Fibrinmassen, die namentlich auf dem visceralen Blatte eine eigentümliche netzförmige oder zottige Anordnung zeigen, eine Metamorphose, welche die pathologischen Anatomen mit Zotten- oder Mantelherz, cor villosum,

cor hirsutum bezeichnen. Diese interessante Anordnung der Fibrinzotten haben Zahn und v. Recklinghausen[1]), sich stützend auf die Ansicht de Condolle's, „dass die regelmässigen Sandfurchen auf dem Boden von Gewässern durch die Wellenbewegung der Flüssigkeit zustande kämen", dahin zu begründen gesucht, dass eine Anordnung der Fibrinzotten auf ähnliche Bedingungen beruhe. Kösters dagegen hebt hervor, dass „vielleicht die Contractionen der in ihren oberflächlichsten Lagen senkrecht zur Ausbreitung der Zottenreihen verlaufenden Herzmuskulatur den Anstoss zu diesen Wellenbewegungen oder Schwingungen geben."

Ausserdem zeigt der Sectionsbefund von Individuen, die an Pericarditis gestorben sind, meist einen colossalen Entwicklungsgrad der Klappenerkrankung, die ihren Sitz meist im linken Herzen, und zwar am häufigsten an der valvula mitralis haben; nicht selten sind gleichzeitig die Aortenklappen affiziert; seltener diese allein. In einem Fall der mir zur Verfügung stehenden Sectionsberichte konnte ich gleichzeitig Affectionen der Mitralis, Tricuspidalis und Pulmonalklappen constatieren. Daneben ist meist nicht geringer Hydrothorax und fast immer recht bedeutendes Lungenödem vorhanden, bisweilen leichte Bronchitiden und in einigen Fällen auch hämorrhagische Lungeninfarcte. Die Bauchhöhle zeigt oft seröse, blutig tingierte Flüssigkeit. Milz und vor allem Leber sind in der Regel mehr oder weniger geschwollen und hyperämisch, zeigen, die erstere jedoch im geringeren Grade, die Charakteristica der Stauungserscheinungen. In den Nieren konnte ich einmal Spuren kleiner embolischer Infarcte constatieren. Hyperämie der Magen- und Darmschleimhaut.

---

[1]) cf. Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Strassburg 1885.

Wie die pathologischen Veränderungen mannigfaltig variieren, so auch der klinische Verlauf; bald tritt die eine Gruppe von Symptomen und bald die andere mehr in den Vordergrund. Nach meinen Beobachtungen verhält sich die Temperatur sehr verschieden, bald ist hohes, bald ist niedriges Fieber vorhanden; der Charakter meist irregulär. Manchmal ist der Verlauf ganz fieberlos, ja sogar subnormale Temperaturen kamen zur Beobachtung. Die ganz acuten Fälle zeichneten sich durch heftige subjective Beschwerden aus: Schmerz im Epigastrium und auf dem Sternum, Beklemmungs- und Angstgefühl, Dyspnoe; in schwersten Fällen waren die Kranken benommen und soporös, Puls meist beschleunigt, zuweilen unregelmässig, arythmisch und hüpfend. Hinsichtlich der physikalischen Symptome verweise ich auf die Krankengeschichte.

Ueber die Dauer der Pericarditis lässt sich keine bestimmte Angabe machen: denn sie schwankt von wenigen Tagen bis zu vielen Monaten. Ausserdem ist die Prognose in hohem Masse von den vorhandenen Complicationen abhängig.

A priori leuchtet ein, dass die Behandlung in den meisten Fällen von Herzbeutelentzündung eine exspectative, symptomatische, ableitende, diaphoretisch-diuretische sein wird. Vor allem wird die Therapie ihr Ziel in der Hebung resp. Erhaltung des Ernährungs- und Kräftezustandes durch entsprechende Diät und Medication zu suchen haben. Unter Umständen wird auch Erfolg von der Punction bei flüssigen Exsudaten zu erwarten sein, bei hämorrhagischen und vor allem bei purulenten dürfte der operativen Chirurgie die Incision und Drainage des Herzbeutels nach Analogie der Empyembehandlung vorbehalten sein, eine Operation, die in neuerer Zeit mit Glück ausgeführt worden ist.[1]) Ob von

[1]) S. Rosenstein „Ein Fall von Incision des Pericads". Berliner klinisch. Wochenschrift 1881 Nr. 5.

der Anwendung der Digitalis in allen Fällen viel zu hoffen ist, scheint mir zweifelhaft; wenigstens konnte ich in den meiner Arbeit zu Grunde liegenden 57 Krankengeschichten öfters kaum eine geringfügige Steigerung der Diurese constatieren, obgleich der Urin meist Eiweiss frei blieb, ein Zeichen, dass die Nieren intact waren.

Ich gebe nun im Anschluss an diese Betrachtung eine interessante Krankengeschichte wieder:

Jos. Schmidt, 32 Jahre alt, Taglöhner, trat am 19. Oktober 1891 in das hiesige Krankenhaus ein mit der Klage über Schmerzen in den Gelenken der oberen und unteren Extremität; gleichzeitig machte sich eine Schwellung in der Handwurzelgegend geltend.

Anamnestisch liess sich eruieren, dass Patient in seiner Jugend Scharlach, Masern und Diphtherie durchgemacht hatte, in späteren Jahren mehrmals von Erysipel befallen wurde, welches sich aber in seiner Propagation auf die unteren Extremitäten beschränkte. Eltern des Kranken sind gesund; Geschwister hat er nicht; Infektion wie Potatorium wird negiert.

Status praesens bei der Aufnahme:

Kräftig gebauter Körper, mittlerer Ernährungszustand, Haut und Schleimhäute blass. Lungen ergeben negativen Befund. Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums verbreitert; Spitzenstoss fingerbreit innerhalb der Mamillarlinie im 5. Intercostalraum.

An der Mitralis systolisches Geräusch. Puls regel-

J. A. West, Case of purulent pricarditis treated by paracentesis and by free incision etc. Medic. Chirurg. Transact LXVI.

Brit. Med. Journal. April 1883. (Durch zweimalige Function wurden je 420 und 430 Ccm. Eiter entleert; die Schnittoperation brachte Heilung nach 30 Tagen. West fand in der Litteratur unter 72 Fällen 36mal Genesung verzeichnet.

mässig, mittelgross, gut gefüllt, 92. Leber und Nieren ohne Befund. Magen auf Druck nicht empfindlich, scheint jedoch stark mit Gas gefüllt zu sein. Harn frei von Eiweiss und Zucker.

Der geschilderte Befund liess keinen Zweifel an der Diagnose acuter Gelenkrheumatismus, compliciert durch Insufficienz der Valvula mitralis, aufkommen. Auf die Ordination von 2,0 natr. salicyl. schwinden die Schmerzen fast ganz, desgleichen geht das Oedem zurück.

Zwischen 20./X.—8./XI. zeigt sich relativ subjectives Wohlbefinden. Temperatur normal bis leicht fibril, Puls schwankt zwischen 70 und 90, Athmung bewegt sich zwischen 16 und 24.

Am 8./XI. fällt aber die Urinmenge von $\frac{1750}{1018}$ auf 400 mit erhöhtem spec. Gew. 1027. Es machen sich die ersten Erscheinungen beiderseitigen Hydrothorax geltend, Herzdämpfung bis zum rechten Sternalrand verschoben; deutlich pericardiales Reiben zu hören; an der Mitralis gurgelndes praesystolisches und systolisches Geräusch.

Mässiger Ascites: Der acute Gelenkrheumatismus ist abgelaufen; für ihn hat eine Pericarditis exsudativa eingesetzt. Auf Inf. Fol. digital. steigt die Urinmenge wieder auf $\frac{800}{1019}$.

Status am 10./XI. 91.

Lungen: an beiden Thoraxhälften Dämpfung von etwa 7 cm Höhe. An der linken Spitze vorn wie hinten Abschwächung des Percussionschalles. An gleicher Stelle Vocalfremitus normal, während er in den hinteren, unteren linken Lungenpartien vollständig aufgehoben ist. Auf beiden Lungen schwaches Vesiculäratmen; rasches, sehr verlängertes Inspirium, links mehr ausgeprägt als rechts. Bewegliche Flüssigkeit im Thorax, welche im Sitzen links bis in den

IV. Intercostalraum reicht, rechts in der Axillarlinie bis zur VIII. Rippe ansteigt. Herzfigur über den rechten Sternalrand nach rechts verschoben; Spitzenstoss schwach im V. Intercostalraum innerhalb der Mamillarlinie; Herztöne sehr schwach; systolisches Geräusch an der Spitze. Zweiter Pulmonalton stark accentuiert; präsystolisches Geräusch nicht mehr wahrzunehmen; pericarditisches Reiben. Puls frequent, schleudernd, 104. An den Carotiden wenig ausgesprochen. Leichte pulsatorische Anschwellung der Halsvenen. Kein Fieber; Leber vergrössert, Milz dessgleichen 17 × 11,5 Flächenausdehnung.

Status am 19./XI. 91.

Charakteristische Herzfigur vorgewölbt, reicht nach oben bis zur ersten Rippe, erstreckt sich rechts über das Sternoclaviculargelenk bis zur rechten Mamillarlinie. Im ganzen Bereich der Dämpfung pulsatorische Erhebung des Thorax. Starkes pericardiales Exsudat. Das Reiben ist am Herzgrund bei Inspiration und beim Sitzen lauter. Systolisches und diastolisches Geräusch auf dem Sternum. Pulsfrequenz erhöht auf 120 bei 38° Temperatur. Vesiculäratmen und Rasselgeräusche.

Status am 26./XI. 91.

Probepunction ergiebt seröse Flüssigkeit im Herzbeutel, leicht blutig tingiert. Patient bemerkt blutigen Abgang beim Stuhl. Harnmenge gering, beträgt $\frac{600}{1022}$ durchschnittlich pro die; Spuren von Eiweiss. Auf digital. und diuretin steigt der Urin auf $\frac{1100}{1020}$. Die mikroskopische Untersuchung der Harnsedimente ergab neben harnsaurem Natrium einige weisse Blutkörperchen; keine Cylinder.

Am 3./XII. 91 ist Herzdämpfung kleiner, Reiben geringer geworden; dagegen Hydrothorax verstärkt; Atmung sehr frequent und energisch.

Am 6./XII. 91 erfolgt unter Erscheinungen der Insufficienz des Herzens und Dyspnoe der Exitus letalis.

Sectionsbefund: Schlanker Körper, mässiger Ernährungszustand; Musculatur schwach; subcutanes Gewebe fettarm und deutlich ödematös. Bei Eröffnung der Bauchhöhle bemerkt man in den unteren und seitlichen Partien derselben weingelbe, seröse Flüssigkeit, ungefähr $^3/_4$ Liter. Zwergfellstand rechts wie links in Höhe der VI. Rippe. Leber überragt handbreit den Rippenbogen. Rechte und linke Lunge in den hinteren Partien stark retrahiert.

Die ganze vordere Brustfläche nimmt der enorm vergrösserte Herzbeutel ein, der durch eine Menge schmutzig, braunroter, stark mit Blut untermischter Flüssigkeit ausgefüllt und ausgedehnt ist. Das parietale Blatt stark verdickt, Herz mit dickem villösen Fasernstoff überkleidet. Muskel etwas verfettet. Im rechten Pleurasack reichliche Menge serösen Transsudates, etwa 1 Liter. Die Pleura mit in Organisation begriffenen bindegewebigen Auflagerungen bedeckt. Rechte Lunge nach oben und vorn leicht verwachsen. Mittellappen sehr anämisch; in den Bronchien reichliche Menge von Eiter mit Blut vermischt.

Linke Lunge am Oberlappen durch bindegewebige Auflagerungen verwachsen; zwischen Unterlappen und Zwergfell ziemliche Menge seröse, bluthaltige Flüssigkeit, $^1/_2$ Liter; das Gewebe des Oberlappens mässig blut- und luftleer, saftreich. In den grösseren Bronchien rahmiger Eiter. Arterienäste blutleer.

Herzspitze und linker Ventrikel mit Herzbeutel verwachsen; jedoch ziemlich leicht löslich. Aortaklappen schlussfähig. Rechter Ventrikel verhältnismässig eng, mit älteren Auflagerungen bedeckt. Tricuspidalis für kaum 2 Finger durchgängig. Fettschicht 4—5 mm. Linker Ventrikel eben-

falls sehr eng, kaum ein halb Hühnerei gross, sein Cavum leer. Ostium der Mitralis verkürzt sie selbst mit warzigen Wucherungen bedeckt. An der lateralen Klappe sind die Papillarmuskeln in eine bleistiftdicke Geschwulst umgewandelt. Das Endocard leicht getrübt. Das Ostium der Aorta etwas verengt, die Klappen selbst undurchsichtig, aber doch beweglich. Linker Vorhof stark erweitert; Wandungen kräftig entwickelt. Rechter Vorhof auch relativ erweitert, mit lockeren Gerinnseln angefüllt. Höhe des rechten Ventrikels 8,0. Dicke der Muskulatur 0,3—0,4. Höhe des linken Ventrikels 10,0, Umfang der Aorta 7,0, Dicke der Muskulatur 1,3.

Milz in allen Durchmessern vergrössert, 19,5 × 9 Flächenausdehnung; Dicke 4; blutreich; Malpighische Körperchen deutlich zu erkennen; Gewicht 300. Nach Herausnahme der Leber findet sich das aufsteigende Colon, der absteigende Teil des Duodenums, das Coecum mit dem Wurmfortsatz in grösserer Breite mit der Gallenblase und den angrenzenden Leberpartien verwachsen, welch letztere auch eine narbige Schrumpfung zeigen. Leber in allen Dimensionen vergrössert, zeigt Stauungserscheinungen; Blutgehalt mässig. Schleimhaut des Magens und des Dünndarms wulstig verdickt und hyperämisch. Consistenz der rechten Niere vermehrt, Kapsel schwer abziehbar. Linke Niere deutlich geschwellt, von cyanotischer Farbe, etwas blutreicher als die rechte. Oberfläche glatt und glänzend. Gewicht beider Nieren 375.

Es ist demnach die Pericarditis in ätiologischer, pathologisch-anatomischer und prognostischer Beziehung durchaus nicht als einheitlicher Krankheitsprozess aufzufassen. Alle diese Verhältnisse in das rechte Licht zu setzen, wird um so eher gelingen, je reichhaltiger das Material ist, welches man übersieht. Es sei mir daher erlaubt, die mir durch

die Güte des Herrn Obermedicinalrat, Geheimrat, Professor Dr. v. Ziemssen zur Verfügung gestellten Krankenjournale statistisch noch zu beleuchten.

Von 1880—1891 kamen 57 Fälle von Herzbeutelentzündung in Behandlung. Dem Geschlecht waren es nach 37 Männer, 20 Weiber, welche sich ihrem Stande nach, wie folgt verteilen:

Männer:	
Maler	3
Schlosser	3
Schmied	3
Bäcker	2
Metzger	2
Maurer	2
Taglöhner	2
Kaufmann	2
Ministrant	2
Hausmeister	2
Schuhmacher	2
Kutscher	1
Steinmetzer	1
Chemigraph	1
Schreiner	1
Bader	1
Säger	1
Spängler	1
Instrumentenmacher	1
Brauer	1
Metallschleifer	1
Pfandverwalter	1
Restaurateur	1
Summa	37

Weiber:	
Magd	7
Köchin	6
Kellnerin	3
Ladnerin	1
Näherin	1
Schreinersfrau	1
?	1
Summa	20

Nach Alter und Geschlecht verteilen sie sich in folgende Altersklassen:

Altersklassen	Männer	Weiber	Summa
11—20	7	9	16
21—30	10	8	18
31—40	8	2	10
41—50	5	0	5
51—60	5	1	6
61—70	2	0	2
	37	20	57

Die meisten Fälle kamen im Frühjahr zur Beobachtung 1880—1891.

Monate	Männer	Weiber	Summa
Januar	1	1	2
Februar	4	4	8
März	4	0	4
April	3	4	7
Mai	6	5	11
Juni	6	1	7
Juli	1	1	2
August	2	1	3
September	2	0	2
October	3	0	3
November	3	2	5
December	2	1	3
	37	20	57

Die Pericarditis ist also eine Krankheit des mittleren Lebensalter; doch ist sie auch bei Greisen nicht gerade selten wie bei Kindern — es werden Fälle von Neugeborenen, bei denen der Tod an Pericarditis purulenta am 7. bezw. 13. Lebenstage eintrat, berichtet.

Die kleine Statistik könnte auch für die Ansicht einiger

Autoren, dass Männer mehr befallen werden als Weiber, fruchtbar gemacht werden. Doch glaube ich, dass in dieser Hinsicht statistische Zahlen uns leicht täuschen können: der Kampf ums Dasein, die grösseren Anforderungen, welche an den Mann gestellt werden, zwingen ihn eben früher, rascher und ausgiebiger ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Todesfälle verteilen sich folgendermassen:

Altersklasse	Männer	Weiber	Summa
11—20	1	2	3
21—30	0	0	0
31—40	3	1	4
41—50	5	0	5
51—60	2	0	2
61—70	0	2	2
	11	5	16

Es starben an Herzbeutelentzündung 16 Fälle oder 28,07 %. Bezüglich dieser Verhältnisse möchte ich bemerken, dass auch die Fälle mit anderweitiger Complicationen eingerahmt sind. Von Männern starben 11 Fälle oder 29,72 %; von Weibern starben 5 Fälle oder 25 %.

Hinsichtlich der Beschaffenheit des Exsudates konnte ich constatieren:

1. sero-fibrinöses Exsudat 48 Fälle = 84,21 %
2. hämorrhagisches „ 8 „ = 14,04 %
3. purulentes „ 1 Fall = 1,75 %.

Am häufigsten zeigte sich die Herzbeutelentzündung im Gefolge von Myodegenerationen: die Zahl auch nur annähernd prozentuarisch auszudrücken, ist unmöglich, da die einzelnen Krankheitsfälle zu mannichfache Complicationen darboten, und es schwer, wenn nicht unmöglich, im einzelnen Fall ist, das Primäre vom Secundären zu unter-

scheiden. Bei 20 Individuen schloss sich die Pericarditis an Gelenkrheumatismus an und bei weiteren 8 Patienten konnte ein starkes Potatorium eruiert werden. In einem Falle musste ein Neoplasma im Mediastinum angenommen werden; leider konnte die Richtigkeit der Diagnose nicht durch die Autopsie bestätigt werden. In 6 Fällen lag gleichzeitig Phthisis pulmonum vor. Und so waren fast alle Fälle mehr oder minder compliciert.

Zum Schluss verdient noch der oben erwähnte zufällige Sectionsbefund unseres Falles Schmidt eine besondere Beachtung: „Bei Herausnahme der Leber findet man eine Verwachsung dieser, der Gallenblase einerseits mit dem Dünn- und Dickdarm andererseits unter Heraufziehung und Verlötung des Prozessus vermiformis.“ Bei Beurteilung ähnlicher krankhafter Befunde dürfte er ein besonderes pathologisches wie klinisches Interesse für sich in Anspruch nehmen. Schon de Haen (Ratio medendi B. XI p. 339) machte darauf aufmerksam, welchen Irrtümern die Diagnose der Unterleibserkrankungen ausgesetzt ist, wenn man eine vollkommene Consistenz der Lage der einzelnen Organe annehmen zu müssen glaubt. Hätten nicht die bindegewebigen Stränge, wenn sie der Palpation der untersuchenden Hand zugänglich geworden wären, für skirrhöse Geschwülste gehalten werden können? Auf das hohe klinische Interesse dieser Deviationen weist auch Virchow[1]) in einer ausgezeichneten Veröffentlichung hin, indem er einerseits die alten gangbaren Theorien der vitalistisch-animistischen Schule, andererseits auch die Lehren der Jatromechaniker und der naturphilosophischen Richtung zurückweist.

Wie wird man sich nun in diesem Falle „die Verwachsung

[1]) „Historisches, Kritisches und Positives zu der Lehre der Unterleibsaffectionen“. Arch. f. path. Anat., Physiol. und klin. Medicin. B. V Heft 3.

der Leber und Gallenblase einerseits mit dem Dünn- und Dickdarm andererseits unter Heraufziehung und Verlötung des Prozessus vermiformis“ zu Stande gekommen denken?

Anamnestisch ist kein ätiologisches Moment eruiert, was diese pathologische Veränderung hätte erklären können; die Inspection der Leiche zeigte auch keine Residuen einer früher perforierenden Wunde. Dessungeachtet möchte ich die primäre Ursache dieser Deviation in einer äusseren Einwirkung (Fall, Druck, Stoss, Contusion) suchen, welche einen entzündlichen Verlötungsprozess der genannten Organe herbeigeführt hat. Wenn man hiergegen einwendet, dass das Bauchfell aber frei von bindegewebigen Strängen war, so muss man sich nach Virchow daran erinnern, dass an den Extremitäten gleichfalls ähnliches vorkommt, indem bei unversehrter Haut alle tiefer gelegenen Weichteile durch eine äussere Gewalt zertrümmert werden können. Es kommt eben hier auf Ausweichungsfähigkeit und Nachgiebigkeit an. Jedenfalls ist dieser Ausgang bei der grossen Tendenz der Leber zur Abscessbildung als ein recht günstiger zu bezeichnen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Obermedicinalrat, Geheimrat, Professor Dr. v. Ziemssen, für die gütige Ueberlassung des bei der Arbeit verwendeten klinischen Materials meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.